



Ciudad y Fecha _____ Oficina _____ Fecha Ingreso y/o actualización _____

DATOS PERSONALES

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre Completo		
Documento de Identidad ___ C.C. ___ C.E.	Numero Doc.	Fecha de Expedicion	Ciudad de Expedicion	Lugar de Nacimiento	Pais de Nacimiento	Fecha de Nacimiento
Sexo ___ F ___ M	Nivel de estudios		Estado Civil		Número Hijos	
Titulo Obtenido						# de personas que dependen eco. de usted:
						Maneja PEPS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tipo de vivienda que Habita	Estrato Vivienda	Si la vivienda es arrendada especifique nombre del arrendador o agencia				Teléfono del Dueño
Ocupacion Principal				Declara Renta		Maneja Recursos Públicos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

DECLARACION DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE - PEP

USTED DESARROLLA O HA DESARROLLADO EN LOS ÚLTIMOS VEINTICUATRO (24) MESES EN LOS CUÁLES?

1. ¿EJERCE USTED, ALGÚN CARGO COMO SERVIDOR PÚBLICO? SI NO 2. ¿USTED GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI NO
3. ¿EJERCE FUNCIONES DIRECTIVAS EN UNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? SI NO
4. ¿DESEMPEÑA FUNCIONES PÚBLICAS PROMINENTES Y DESTACADAS EN OTRO PAÍS? SI NO

SI NO CONTESTO DE FORMA AFIRMATIVA ALGUNA DE LAS PREGUNTAS 1 A LA 3, DILIGENCIE EL ANEXO DECLARACIÓN Y MANIFESTACIONES SOBRE EL PEP, ADJUNTA A ESTE FORMULARIO.

DIRECCIONES

Direccion Residencia (Apto, Bloque)		Barrio	Municipio	Departamento
Teléfono Residencia	Teléfono Celular	Envío de correspondencia y Facturación		Correo Electrónico
Direccion lugar de trabajo (Of. Principal)		Municipio	Departamento	Teléfono donde trabaja

LABORAL

SI USTED ES ASALARIADO O EMPLEADO

Tipo de Contrato	Cargo	Teléfono Empresa	Fecha de Vinculacion	Nombre de la empresa en que trabaja
------------------	-------	------------------	----------------------	-------------------------------------

SI USTED ES INDEPENDIENTE

Ocupacion	Nro. de Empleados	Tiempo que lleva ejerciendo en la actividad actual en años
Ubicacion Puesto de Trabajo ___ Fijo en Local ___ En Obra ___ Ambulante		Sector

SI POSEE NEGOCIO

Nombre del Negocio	El Local es ___ Propio ___ Arrendado Ind. ___ Amortizacion ___ Arriendo ___ Compartido	Meses en Local
Si el local es arrendado especifique : (Nombre del dueño)	Teléfono del dueño	Posee Camara de Comercio ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Paga Industria y Comercio ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

FINANCIERA

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Posee cuentas en el exterior ?	Entidad	Realiza operaciones en moneda extranjera ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tipo de Moneda	Nro de Cuenta:	Monto:
City	Pais	Tipo Producto:
Tipo de Operacion: ___ Importaciones ___ Exportaciones ___ Inversiones ___ Prestamos		___ Transferencias ___ Pago de servicios ___ Otras Cuales ?

Tiene residencia fiscal en el exterior? SI NO Lugar: _____ ID: _____

INFORMACION BASICA FINANCIERA

Ingresos Mensuales	Descripción de Otros Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales
Ingresos Principales	___ Honorarios ___ Pension	Gastos Mensuales
Ingresos Familiares	___ Comisiones ___ Dividendos	Otros Egresos
Otros Ing. Personales Demostrables	___ Arriendos ___ Rendimientos Financieros	TOTAL EGRESOS
TOTAL INGRESOS	___ Utilidad Negocio ___ Giros del Exterior	
	___ Bonificaciones ___ Ingresos Familiares	

ACTIVOS

PASIVOS

Ahorro, Inversiones, Cuentas por Cobrar, Inventarios	Deudas Financieras
Vehiculo, Propiedad, Equipo de Oficina, Maquinaria	Deudas con Terceros
Otros Cuales ?	Otros cuales ?
TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS

REFERENCIAS				
Tiene Familiares directivos o empleados que trabajen la entidad	Nombres y apellidos		Parentesco	Teléfono
Familiar (que no viva con usted)	Nombres y apellidos		Parentesco	Teléfono
	Ciudad (Municipio)		Dirección	
Financieras	Entidad	Producto	Marque con una "X" en caso de no tener referencias en el sector financiero <input type="checkbox"/>	
Comerciales	Establecimiento		Marque con una "X" en caso de no tener relaciones comerciales <input type="checkbox"/>	

DATOS GENERALES DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo		Doc. de Indentidad __ CC __ CE	Numero Doc.
Ocupacion Principal		Sexo __ F __ M	Fecha de Nacimiento	Nivel de Estudios	Título Obtenido
Nombre de la empresa		Cargo u ocupacion		Ingresos	
Teléfono del Lugar de Trabajo	Dirección del lugar de Trabajo			Total Egresos	
Municipio		Departamento		Disponible	

BENEFICIARIOS DE MIS APORTES Y OTROS BENEFICIARIOS					
En caso de fallecimiento delego como beneficiario de mis aportes a:					
NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTOS	PARENTESCO	TELÉFONO	DIRECCIÓN	%
Para fines legales y consiguientes, comunico que a partir de la fecha autorizo al pagador de la entidad donde laboro para que descuenta de mi nómina a favor de COMULSANDER LTDA, mensualmente la suma de (\$) _____) mcte, como aportes sociales, o la suma que COMULSANDER LTDA estime de acuerdo a su estatuto más el valor de la inscripción.					

DIRECCIÓN PARA ENVIO DE CORRESPONDENCIA _____

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS Y OTRAS DECLARACIONES

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad u profesión es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. El origen de los bienes y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano; y mis ingresos provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
 - La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, autorizo a COMULSANDER LTDA. para que haga las debidas confirmaciones y me comprometo actualizarla anualmente conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos a COMULSANDER LTDA. El incumplimiento de esta obligación faculta a COMULSANDER LTDA. para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
 - Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas, verídicas en la forma en que aparecen escritas.
 - Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública, cuya pena sea privativa de la libertad que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de los grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o el exterior, o soborno transaccional.
 - El origen de los bienes y/o fondos para la apertura de aportes sociales y demás productos provienen de actividades lícitas, las cuales relaciono a continuación:
- _____
- Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley Habeas Data y Protección de datos personales.
 - COMULSANDER LTDA. me ha informado de los canales de comunicación, a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas.
 - Al hacer esta solicitud me comprometo a servir leal y fielmente a los intereses de COMULSANDER LTDA., a cumplir su estatuto y reglamentos, los cuales declare conocer. Así mismo declaro mi voluntad de participar activamente en las actividades educativas de la entidad.

AUTORIZACIÓN PARA REPORTES EN CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a COMULSANDER LTDA. a a quién represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a centrales de información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio, financiero y comercial.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y OTRAS AUTORIZACIONES

Autorizo a COMULSANDER LTDA. a reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, centrales de información del sector financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje, administre bases de datos con los mismos fines, toda información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con COMULSANDER LTDA., con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización a verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de Habeas Data y de protección de datos personales (Ley Estatutaria 1581 de 2012). Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignarán de manera completa todas los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. Así mismo autorizo a COMULSANDER LTDA. para consultar listas restrictivas para efectos de verificar sobre la inclusión o no de mi nombre a título personal y autorizo a COMULSANDER LTDA. para consultar las bases de la Contraloría, Procuraduría y Policía Nacional.

Firmo este documento en constancia de haber leído y declarado información verdadera en forma clara y precisa, aceptando las autorizaciones sugeridas en forma libre y voluntaria.

Huella Índice Derecho

Firma _____

Documento Nro. _____

Referido: _____ Cel: _____

